2

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 — No

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 23 Juillet 1895, à 1 heure

Par JOSEPH-CAMILLE JULIEN,

Né à Précy-sous-Theil (Côte-d'Or), le 1er mai 1869.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

CANCER DE LA PROSTATE

Président : M. GUYON, professeur.
Professeur : M. POLAILLON, professeur.
Agrégés : MM. RÉMY. ALBARRAN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.		
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON,

Chirurgien à l'hôpital Necker
Membre de l'Académie des Sciences
et de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Depuis le remarquable travail d'Engelbach (1), à part la thèse inaugurale de Rigaud (2), il n'a été publié en France aucun mémoire d'ensemble sur le cancer de la prostate. La question n'était cependant pas tombée dans l'oubli, car depuis cette époque, il en a été rapporté de nombreuses observations en Angleterre, en France, en Allemagne, en Autriche et en Amérique. Les chirurgiens se sont vivement préoccupés, à l'étranger notamment, du traitement curatif de cette redoutable affection. En 1889, au 18e Congrès de chirurgie allemand, Stein étudie et compare les différents procédés d'extirpation de la prostate pour tumeurs malignes de cet organe. Quatre ans plus tard Dittel (3) rapporte un cas d'extirpation totale de la prostate, suivi de succès pour une tumeur dont

(1) *Engelbach*. Thèse de Paris, 1888.
(2) *Rigaud*. Thèse de Bordeaux, 1891.
(3) *Dittel*. Int. Klin. Rundschau, 25, 1893.

l'histologie ne put malheureusement pas déterminer la nature. Mais partout, comme on le verra au chapitre du traitement, ces tentatives de traitement radical restèrent impuissantes.

Nous n'avons pas, en entreprenant ce travail, la prétention d'infirmer ou de rectifier les idées exposées en 1888 par M. le professeur Guyon dans une de ses belles leçons cliniques, et plus tard par son élève Engelbach dans sa thèse inaugurale. Nous avons voulu simplement, profitant des observations qui ont été gracieusement mises à notre disposition par M. le professeur Guyon, contrôler et confirmer, de nombreux et nouveaux faits en main, les conclusions auxquelles étaient arrivés ces auteurs. Nous avons cherché à faire ressortir les particularités cliniques présentées par certains malades, en évitant de jamais avancer des idées trop personnelles.

En un mot nous avons simplement laissé parler les faits.

Avant d'aller plus loin et d'entrer dans l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos plus vifs remerciements à tous les maîtres dont le précieux enseignement a dirigé nos études médicales : M. le professeur Guyon, M. le professeur Pinard, MM. les docteurs Reclus, Peyrot, Bouilly, Moutard-Martin, Gaucher, Marfan.

Nous exprimons ici notre gratitude aux docteurs Demoulin et Thierry, dont nous avons assidument suivi les leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-

Dieu et à la Charité, pendant le courant de l'année qui vient de s'écouler.

Le docteur Glantenay qui nous a inspiré l'idée de ce travail et nous a dirigé dans nos recherches a droit à toute notre reconnaissance.

Enfin, nous remercions tout particulièrement M. le professeur Guyon, des savantes leçons auxquelles nous avons assisté pendant tout le temps que nous avons passé dans son service, à l'hôpital Necker, et de l'insigne honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

ETIOLOGIE

Le cancer de la prostate est une affection relativement fréquente. En effet, sur 700 malades venus à la consultation de M. le professeur Guyon dans les neuf premiers mois de 1887, cinq étaient atteints de cette redoutable maladie. Dans le courant de la seule année 1894, M. le professeur Guyon a reçu et soigné dans son service 14 malades dont le diagnostic a été confirmé par des examens successifs et pour quelques-uns même par l'autopsie. Cette année 1894 a donc été beaucoup plus riche en cas de carcinose prostato-pelvienne que l'année 1887, sur laquelle porte la statistique de M. Engelbach (1), si l'on songe en outre qu'il est presque certain que plusieurs autres malades dont l'affection n'était qu'au début, ont pu ne pas être engagés à rester dans le service pour y faire soigner un mal qui ne déterminait encore que des troubles

(1) *Engelbach*. Loco citato.

compatibles avec une vie peu active, comme l'est en général celle des individus qui ont dépassé un certain âge.

On est même en droit de supposer qu'un certain nombre de malades emportés par une complication intercurrente telle qu'une néphrite ascendante, sont considérés parfois, dans la pratique ordinaire, comme atteints d'hypertrophie prostatique, alors qu'un toucher minutieux eût révélé à un doigt exercé les caractères propres au cancer de cet organe.

Comme à tous les cancers, les auteurs ont cherché à assigner aux néoplasies malignes de la prostate certaines causes prédisposantes. C'est ainsi qu'ils ont incriminé les uréthrites, les prostatites, les abus du coït, en un mot toutes les causes d'irritation prolongée de l'appareil génito-urinaire.

Sans nous attarder à discuter le bien-fondé de ces opinions, nous noterons simplement que sur les 47 observations qui font l'objet de ce travail, la blennorrhagie figure dans les antécédents de 21 malades. Chez 9 d'entre eux son absence est expressément signalée et chez les 17 derniers, l'observation reste muette sur ce point particulier.

De même que dans l'hypertrophie de la prostate, le seul facteur étiologique vraiment digne d'intérêt est représenté par l'âge du sujet. Sur 89 malades d'Engelbach, 62 étaient âgés de plus de 50 ans. Plus récemment Rigaud (1) circonscrit ces données dans

(1) *Rigaud.* Loco citato.

des limites plus précises et donne la période de 50 à 70 ans comme la plus favorable au développement de l'affection. Trente-quatre cas postérieurs à la thèse d'Engelbach se répartissent comme il suit :

Au dessous de	10 ans.....	1 cas
de	10 à 20 ans....	0 —
de	20 à 30 ans....	1 —
de	30 à 40 ans....	1 —
de	40 à 50 ans....	4 —
de	50 à 60 ans....	6 —
de	60 à 70 ans....	13 —
de	70 à 80 ans....	7 —
de	80 à 90 ans....	1 —

Cette statistique est d'accord avec les conclusions d'Engelbach qui, sur 89 observations en relève 24 chez des malades de 60 à 70 ans.

Il est donc permis de penser que la maladie que nous étudions se rencontre de préférence entre 60 et 70 ans ; de 10 à 40 ans, elle constitue une exception qui devient plus rare encore de 10 à 20 ans (3 cas seulement sur les 89 cas d'Engelbach, zéro sur 34 cas dans la statistique ci-dessus).

M. Pousson, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux (1), incrimine l'hérédité, et Rigaud (2) rapporte à l'appui de cette opinion 2 observations, dans

---

(1) *Pousson*. In thèse Rigaud, loc. cit.
(2) *Rigaud*. Loco citato.

lesquelles l'hérédité apparaît manifestement comme venant de la mère. Dans un cas, la mère du malade est morte à 64 ans, d'un cancer de l'utérus (thèse de Rigaud, page 61) ; dans l'autre, elle a succombé à 45 ans, d'un cancer du rein (page 51).

Sur toutes les observations que nous avons étudiées à ce point de vue particulier, nous n'avons rencontré qu'une seule fois mention d'antécédent néoplasique, et encore cette donnée est-elle sujette à caution, car l'auteur s'exprime ainsi : « Le père du malade est mort à 65 ans, *probablement* d'un cancer de l'estomac (Engelbach, observation XX).

Le cancer de la prostate est presque toujours primitif. Cependant, sur 62 observations suivies d'autopsies, Engelbach relève 11 cancers secondaires. Par contre, sur 17 observations inédites rapportées dans cette thèse, nous ne voyons pas que le néoplasme ait jamais pris naissance dans le rectum ou la vessie, pour envahir consécutivement la prostate ; toutefois, dans un cas, il fut impossible de déterminer le point de départ, ce qui ne permet pas de conclure à l'existence d'une propagation secondaire à la glande prostatique.

Stein (1) rapporte deux cas de propagation de cancer du rectum à la prostate.

---

(1) *Stein*. 18e Congrès chir. allemand, avril 1889.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Par cancer de la prostate, nous n'entendons pas seulement le carcinome. Nous avons choisi ce terme pour désigner d'un seul mot toutes les tumeurs malignes qui peuvent prendre naissance dans cet organe.

Nous ne rappellerons pas ici toutes les variétés qu'on a rencontrées, parce qu'il s'agit là de raretés pathologiques qui, en outre, n'ont pas toujours reçu un contrôle histologique suffisant.

Deux variétés de tumeurs malignes méritent seules de nous arrêter : le carcinome et le sarcome. Sur 55 examens microscopiques, Engelbach a trouvé la proportion suivante :

Carcinome.....	48
Sarcome	7

Relativement à la fréquence respective de ces deux variétés dans les différents âges, Barth (2) s'exprime ainsi :

(2) *Az. Barth.* Arch. f. Klin. chir., XLII, 1891, p. 758.

« Le sarcome de la prostate est de tous les âges. On en a trouvé des cas démontrés par l'examen histologique même dans la 6e décade de la vie.

Mais de même que pour les sarcomes des autres organes, le jeune âge est le plus favorisé. C'est principalement la première enfance qui est atteinte de la maladie et fournit au moins la moitié des observations, chez des enfants de 1 à 8 ans. On en trouverait peut-être l'explication dans ce fait, que pendant l'enfance, la partie fibro-musculaire de la prostate l'emporte de beaucoup sur la glandulaire, en comparaison de ce qui s'observe dans l'âge avancé. »

Le sarcome paraît être la seule néoplasie maligne qui envahisse la prostate des enfants et des jeunes gens, du moins, je ne puis rien trouver dans la description des cas publiés, qui prouve qu'on ait observé un carcinome dans cet âge.

Barth, niant l'existence du carcinome chez les enfants et les jeunes gens, est en contradiction avec Engelbach qui, sur 48 cas de carcinome reconnus à l'examen histologique, a trouvé trois individus âgés de moins de 25 ans. Quant à l'existence du sarcome chez des sujets âgés, elle est reconnue par tous les auteurs.

Le néoplasme prostatique, sarcome ou carcinome, se comporte de deux façons à l'égard des organes environnants :

1° Tantôt la tumeur s'accroît, en refoulant les organes voisins, en les comprimant, sans les envahir, ou

du moins en ne les envahissant que partiellement et très lentement ;

2° Tantôt la tumeur détruit en peu de temps les aponévroses qui brident la glande, ulcère les parois des organes voisins, enfin s'étend rapidement en tous sens, s'incorporant tout ce qu'elle rencontre dans sa marche sans cesse envahissante.

Le cancer se comporte suivant le premier de ces deux modes anatomiques dans les deux observations suivantes :

OBSERVATION I (1)

Hans J..., âgé de 48 ans, fut admis à l'hôpital du Conté, souffrant d'une miction anormalement fréquente et un peu douloureuse, depuis 3 mois à peu près.

A deux époques différentes on trouva du sang dans l'urine.

Le toucher rectal fit sentir une *prostate* légèrement augmentée de volume, quoique symétrique. Sur la partie médiane, au lieu de la dépression normale, il y avait une légère protubérance.

Au microscope, on trouva dans l'urine quelques globules sanguins.

On porta le diagnostic de tumeur de la prostate probablement épithéliomateuse, mais, en tout cas, maligne. Cette dernière hypothèse paraissait la plus probable, à cause que la quantité de sang trouvée dans l'urine fut considérée trop légère pour être attribuée à une variété bénigne.

---

(1) *Belfield*. Journ. of amer. Assoc. page 118, année 1888.

Des efforts pour amener des fragments dans l'œil du cathéter métallique furent inutiles.

La vessie fut explorée par une incision hypogastrique. On trouva une tumeur villeuse maligne se développant sur le côté gauche de la prostate. Ses villosités se projetaient d'un pouce et plus dans la vessie. Elles furent enlevées à la pince et à la cuiller tranchante, et la base en fut cautérisée.

La guérison s'ensuivit sans éventualité notable, et, pendant huit semaines, les fonctions rénales s'accomplirent normalement; mais ensuite les premiers symptômes recommencèrent, et d'une façon constante, à s'accroître en gravité.

Finalement, la tumeur remplissait complètement la vessie et atteignait la paroi abdominale, produisant une petite ouverture fistuleuse et constituant une tumeur qui pouvait être facilement délimitée au-dessus de la symphyse. Par le rectum, elle semblait remplir tout le petit bassin.

A l'autopsie du malade, on trouva carinomateux seulement les ganglions du voisinage immédiat de la vessie.

Il n'y avait de métastase dans aucun organe.

OBSERVATION II (1)

M. X..., 60 ans, négociant, vigoureux et bien portant, vient me voir en mai 1890 et me raconte ce qui suit :

Il y a six mois, il s'est aperçu à l'inspection de son linge qu'il pissait du sang. Cette hématurie dura deux jours.

A quelques jours de la, toujours spontanément et sans aucune douleur, nouvelle hématurie qui dure deux jours ; l'hématurie est *otale ou post-mictionnelle alternativement.*

---

(1) *V. Carlier*. Bull. Med. du Nord, 9, page 196, 1893.

Au toucher, la prostate a le volume d'une mandarine, régulièrement grosse, à peine bosselée, aisément délimitée latéralement ; la paroi vésicale a conservé toute sa souplesse.

Pas de cystite ; pas d'engorgement pelvien ni inguinal. Etat général excellent.

En octobre 90, septembre 91, juillet 92, rétention d'urine qui nécessitent le cathétérisme. Lors de la seconde rétention, la sonde fait une fausse route en plein tissu prostatique. Je dus faire la ponction sus-pubienne suivie d'un lavage boriqué, et la vessie s'étant décongestionnée, je passerai assez facilement une sonde en gomme, montée sur le mandrin à grande courbure du professeur Guyon.

Actuellement (février 93) l'état général est altéré, mais l'appétit est conservé. Les hématuries surviennent un peu plus fréquemment qu'autrefois, les mictions sont toujours faciles et indolores, mais plus fréquentes, excepté la nuit. Pas de cystite.

La prostate a augmenté de volume depuis deux ans, mais dans des proportions modestes : la glande est dure, toujours peu bosselée, assez bien délimitable sur les côtés, mais il n'est plus possible actuellement d'atteindre avec le doigt sa limite supérieure.

Pas d'engorgement des ganglions pelviens ni inguinaux.

Ces exemples sont malheureusement rares, et dans l'immense majorité des cas, la difffusibilité est le caractère dominant de cette affection, que M. le docteur Guyon a si justement dénommée carcinose prostato-pelvienne diffuse. En voici un exemple frappant :

OBSERVATION III (inédite)

Le nommé B..., employé, âgé de 63 ans, entre le 10 avril 1894,

salle Richet, n° 1, à l'hôpital Necker, service de M. le professeur Guyon.

Aucun antécédent urinaire.

Les premiers troubles remontent à huit mois. Ils ont débuté par de la fréquence de la miction pendant la nuit. Le malade était obligé de se lever 4 ou 5 fois pour uriner.

Peu après, il fut pris de troubles gastriques ; il se plaignait notamment d'une soif ardente et continuelle. En même temps, les mictions deviennent fréquentes le jour aussi bien que la nuit.

Au mois de janvier, le malade vint à la consultation. Il urinait à ce moment toutes les demi-heures pendant le jour, et la nuit 8 à 10 fois. Les mictions étaient pénibles et un peu douloureuses surtout à la fin.

Jamais le malade n'avait eu de rétention, ni d'hématuries. Les urines étaient claires.

Le toucher rectal révélait une prostate énorme, dure, bosselée.

Ganglions iliaques, surtout à droite.

Canal : La traversée prostatique est longue, mais régulière.

Le malade revint tous les quinze jours environ à la Terrasse.

Pendant le courant du mois de mars, l'état s'aggrave. Jamais d'hématurie.

Les forces disparurent, l'appétit diminue progressivement, le malade prend la teinte jaune paille.

Le 10 *avril*, il revient, présentant un œdème de la jambe gauche.

L'examen des urines révèle la présence d'albumine.

Les urines, recueillies dans deux verres, contiennent des filiments dans le premier et sont claires daus le second.

La prostate est énorme, dure, bosselée, volumineuse, surtout à gauche.

Il est traité à la phénacétique pendant deux mois.

Le 25 août. Le malade va en s'affaiblissant de plus en plus.

Depuis quelques jours, il présente quelques phénomènes d'obstruction intestinale et reste dans un état presque comateux.

Le 15 octobre. Le malade va en déclinant.

Le 23 octobre. Phénomènes d'obstruction intestinale, ballonnement considérable. Hypothermie, pas de vomissements.

Le 25 octobre. Ces phénomènes persistent. Diarrhée et débâcle.

Le 30 octobre. Le malade meurt.

Autopsie le 31 ocfobre 1894.

L'*urèthre antérieur* est sain.

L'*urèthre postérieur* est sain.

La *prostate*, vue du côté du canal, ne paraît nullement hypertrophiée.

Vessie. La vessie est petite, à parois minces, lisses, sans trace de cystite. Mais la base vésicale et le trigone présentent des lésions considérables. Ces parties sont indurées, épaissies, irrégulièrement mamelonnées par des excroissances néoplasiques qui semblent nées de la prostate (envahissement secondaire.)

En incisant le rectum par sa face postérieure, on constate que son calibre est très notablement rétréci au niveau de l'ampoule rectale et au-dessus. Il est englobé et totalement entouré par une masse de tissu néoplasique blanc, dur, qui envahit tout le tissu pelvien et fait adhérer en une masse unique la prostate, les vésicules, l'extrémité inférieure de l'urèthre et le rectum. Cette masse se continue directement avec deux groupes néoplasiques situés latéralement dans le petit bassin le long des vaisseaux hypogastriques.

Sur une coupe transversale, on constate que cette grosse tumeur cancéreuse a bien la prostate pour point de départ (carcinose prostato-pelvienne diffuse typique).

Toute la face antérieure de la colonne vertébrale, le long de

l'aorte et de la veine cave jusqu'au niveau des reins, est recouverte par un véritable plastron épais, irrégulièrement bosselé de tissu néoplasique, où se distinguent encore plusieurs ganglions plus volumineux.

Cette masse néoplasique vertébrale adhère intimement aux corps des vertèbres lombaires dont le tissu osseux est ramolli, friable, graisseux, mais ne semble pas envahi par le néoplasme.

Rein droit : Extrêmement atrophié, réduit au tiers environ de son volume normal. Bassinet très dilaté, entouré de tissu cortical scléreux (lésion de dilatation aseptique ancienne).

L'uretère, de ce côté, est légèrement dilaté dans sa moitié supérieure, comprimée dans le tissu néoplasique, perméable cependant à une bougie de fin calibre. Son orifice vésical perméable également s'ouvre à la limite du noyau néoplasique de la base.

Rein gauche : Volume normal; très légère dilatation du bassinet et du calice, qui sont remplis de dépôts de sable urique; uretère non dilaté, peu comprimé, perméable à son embouchure vésicale.

Dilatation considérable du cœcum et du côlon ascendant.

Foie : Un peu gros; farci d'un grand nombre de petits noyaux néoplasiques secondaires d'un blanc mat, variant de volume d'une graine de lin à celui d'une noisette.

Poumon gauche : Adhérences pleurales anciennes, totales.

Poumon droit : Pneumonie grise des lobes supérieur et moyen.

. . . .

Dans cette diffusion du néoplasme, le système lymphatique prend une place prépondérante, facile à prévoir d'après les données anatomiques. Dans deux

observations, cette diffusion, poussée à un degré très avancé, se révèle par une véritable gangue néoplasique constituée aux dépens des vaisseaux et gaines lymphatiques prévertébraux. L'une d'elle a déjà été rapportée plus haut (Obs. III). Dans la seconde, due à Troquart (1), on fit, à l'autopsie, les constatations suivantes : « La masse cancéreuse avait franchi la ceinture pelvienne le long des chapelets ganglionnaires. Elle remontait autour des vaisseaux iliaques, de l'aorte abdomimale, de la colonne lombaire, jusqu'au niveau du rein. »

Comment se comportent les viscères pelviens ?

Une première constatation, bien faite pour surprendre, est la rareté de la propagation à la vessie. Cette particularité trouve sans doute son explication dans la disposition des lymphatiques issus de la prostate, qui, au lieu de cheminer dans l'épaisseur des parois vésicales, rampent à la surface de l'organe.

Quoique peu fréquent, l'envahissement de la vessie n'est pas absolument exceptionnel. Sur 51 cas relevés par Engelbach, cette complication est notée 11 fois ; elle a été constatée par M. le docteur Guyon, 3 fois sur 17 malalades soignés dans son service, pendant le courant des trois années qui viennent de s'écouler (Obs. XII, III, VIII).

Il semble résulter de ces deux relevés, que la vessie est envahie 1 fois sur 5, approximativement.

---

(1) *Troquart*. Journal med de Bordeaux, 30 août 1891.

L'observation qui suit est un bel exemple de la forme dite : cancer en cuirasse. Toutes les tuniques, excepté la muqueuse, sont dégénérées et forment une paroi épaisse d'un pouce :

OBSERVATION IV (1).

Le malade, âgé de 60 ans, avait toujours joui d'une bonne santé.

Il y a environ deux ans il commença à uriner plus fréquemment que d'habitude et à éprouver qnelques douleurs à la fin de la miction.

Ces deux symptômes s'accentuent et actuellement le malade urine toutes les heures.

Pendant les six dernières semaines, il n'a pris aucun aliment solide, car cela lui causait des nausées presque constantes. Il était amaigri et anémié.

L'examen fit constater, juste au dessus du pubis une tumeur arrondie, dure, du volume d'une orange faisant saillie au niveau de l'abdomen et pouvant faire croire à une vessie pleine.

Pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital on le nourrit autant que son estomac pouvait supporter d'aliments, mais on ne lui fit aucune opération sur la vessie.

Autopsie. — La vessie et la prostate formaient un volume plus gros que les deux poings. L'hypertrophie occupait surtout la paroi antérieure de la vessie, ainsi que le trigone. La tumeur s'était surtout developpée aux dépens des tuniques sous-mu-

---

(1) Obs. de Beach. Annales des Mal. des org. gén. urinaires, 1888, page 755.

queuse, musculeuse et sous-péritonéale, ainsi qu'aux tissus prévésicaux situés entre la vessie et la symphyse, en sorte que la paroi antérieure de la vessie mesurait plus d'un pouce d'épaisseur et que la cavité vésicale ne pouvait guère contenir que deux onces d'urine (56 gr.)

La tumeur se développe sous forme de lobule, immédiatement au dessus de la partie postérieure de la prostate, mais l'extension de la tumeur s'est plutôt faite aux dépens de la partie postérieure que de la partie antérieure de la glande. Elle a euglobé les vésicules séminales qui gisent aplaties au milieu de la masse du tissu cancéreux.

L'*uretère* droit était dilaté et atteignait le volume de l'index. Le gauche était également dilaté mais à un degré moindre.

Les deux bassinets étaient aussi considérablement dilatés.

Les deux reins contractés présentaient une certaine hyperplasie du tissu conjonctif interstitiel.

En général, le néoplasme ne diffuse pas ainsi sur tout le pourtour du réservoir vésical. La plupart du temps ce sont des villosités, des végétations polypiformes, ou de petits nodules cancéreux mamelonnés qui, reposant au niveau du col ou sur le trigone, semblent se projeter dans la vessie (Obs. I, III, XXVIII).

Il est regrettable que dans l'observation XII, l'autopsie ait été incomplète par suite d'un accident. La vessie fut en effet déchirée, et le compte rendu signale simplement l'envahissement de la vessie, sans préciser davantage.

Quant au rectum, il est généralement entouré, comprimé, refoulé latéralement, sans cependant être envahi.

La presque totalité des autopsies mentionne l'intégrité de ses tuniques; tous les troubles observés durant la vie des malades sont dus simplement à des raisons d'ordre mécanique. Tandis que nos 17 observations nous donnent 3 cas de propagation vésicale, elles n'indiquent qu'une fois la dégénérescence néoplasique du rectum (Obs. III).

La communication directe des lymphatiques des vésicules séminales avec ceux de la prostate, rend bien compte de la fréquence de la dégénérescence des réservoirs spermatiques. Sur 58 observations suivies d'autopsie, elles ont été trouvées envahies 7 fois (Engelbach). Dans l'observation III, le néoplasme envahit tout le petit bassin et fait adhérer en une masse unique, la prostate, les vésicules, l'extrémité inférieure de l'urèthre et le rectum. Dans l'observation IV, au contraire, les vésicules étaient entourées, aplaties, comme engainées, mais non dégénérées.

La participation des corps caverneux et de l'urèthre au processus cancéreux, est au contraire tout à fait rare. Dans l'observation XVI de la thèse d'Engelbach, la portion prostatique de l'urèthre se présentait sous la forme d'une caverne anfractueuse à parois grisâtres, contenant un liquide puriforme et des fragments de tissu presque détachés; les corps caverneux contenaient des noyaux d'aspect encéphaloïde. On trouvera plus loin, dans l'observation X, que le malade avait au niveau du gland une tuméfaction qu'on est en droit de considérer comme un noyau secondaire; quoique la nature de cette tuméfaction ne soit pas spécifiée dans

l'observation. Il est également regrettable qu'on n'ait pas formellement indiqué l'intégrité des ganglions inguinaux, car l'absence de cette donnée pourrait être mise sur le compte d'un oubli, étant admises les relations qu'on croit exister entre l'envahissement de l'urèthre antérieur et la dégénérescence des ganglions inguinaux.

Nous n'avons rien trouvé de particulier à signaler au sujet des diverses complications du côté des uretères, des bassinets et des reins. Nous ne pouvons que confirmer ce qui a été dit sur cette question par notre maître, M. le professeur Guyon et son élève Engelbach. On trouvera des exemples de dilatation des urétères, d'hydronéphrose, de pyélite, de sclérose corticale, de pyélonéphrite suppurée avec abcès miliaires multiples, dans les observations III, IV, IX, XII, VIII, XXVIII.

La néphrite interstitielle est d'autant plus commune que le cancer de la prostate frappe des individus en général âgés et artério-scléreux. On remarquera dans l'observation IX que la muqueuse des uretères était congestionnée sans qu'il y ait pour cela inflammation ; la muqueuse vésicale était également injectée et présentait de petites hémorrhagies punctiformes en de nombreux points.

L'étude des manifestations métastasiques, dans le cancer de la prostate, nous arrêtera plus longtemps, parce qu'il a été émis à ce sujet des opinions contradictoires.

Sur 18 observations où l'infection à distance avait

été notée, Engelbach avait relevé les localisations suivantes par ordre de fréquence :

Foie	9
Rein	3
Téguments	3
Crâne	3
Péritoine	2
Rate	1
Cœur	1
Colonne vertébrale	1
Fémurs	1
Plèvre	1
Poumon	1

En 1894, Sasse publiait l'observation suivante que nous résumons, en la faisant suivre des réflexions qu'elle inspirait à cet auteur :

OBSERVATION V

Cancer de la prostate et ostéite carcinomateuse. (1)

Il s'agit d'un homme de 61 ans, arrivé à la clinique pour une tuméfaction double des deux cuisses et des deux jambes, datant de six mois.

L'affection, qui l'a surpris en pleine santé, a débuté par le membre inférieur du côté droit.

---

(1) *Sasse*. Arch. f. Klin. vol. XLVIII. page 593, année 1894.

L'examen du malade, déjà dans un état de cachexie avancée, montra que la tuméfaction portait sur les os mêmes.

Au toucher rectal, on trouva la prostate moyennement hypertrophiée, non douloureuse ; le malade n'avait du reste jamais eu de troubles de la miction.

A l'autopsie de cet homme, ayant succombé quelque temps après son arrivée à la clinique, on trouva une dégénérescence carcinomateuse de la prostate et des métastases multiples dans les fémurs, les tibias, les os iliaques et le sacrum.

Le foie, les reins, la rate, les poumons étaient sains.

. . . . . .

C'est Recklinghausen qui a fait le premier remarquer que les carcinomes de la prostate ont une tendance très marquée à la formation de métastases dans le système osseux. Une particularité de ces métastases est d'intéresser particulièrement le bassin, la partie inférieure de la colonne vertébrale et le squelette des membres inférieurs, surtout le fémur. En outre le néoplasme envahit l'os d'une façon diffuse et non sous forme de foyers distincts. *Enfin les organes internes et les parties molles en général ne deviennent pour ainsi dire jamais le siège de métastase.* Parfois cependant on observe une carcinose miliaire de la plèvre et du péritoine. Mais il s'agit là de lésions tardives consécutives aux métastases osseuses.

Les faits ne semblent pas donner raison à cette manière de voir, relativement aux métastases des parties molles en général ; nous admettons volontiers la tendance à la formation de noyaux d'ostéite carcinomateuse au cours du cancer de la prostate. Nous en avons même trouvé dans des régions très éloignées du bassin. Dans l'observation XXV la clavicule droite était devenue douloureuse et paraissait augmentée de

volume sans qu'on pût sentir de ganglions tuméfiés dans le voisinage; le malade ressentait également des douleurs de chaque côté de la poitrine, ce qui permet de supposer que la colonne vertébrale était envahie.

Cependant, malgré les cas nombreux de dégénérescence carcinomateuse des os, les métastases des parties molles paraissent être beaucoup plus fréquentes : dans les 18 observations d'Engelbach, dont nous parlions plus haut, les parties molles étaient intéressées, 21 fois et le système osseux 5 fois seulement. Dans l'observation VII, on sentait dans le creux sus-claviculaire gauche un ganglion dur, mobile, gros comme un œuf de pigeon. A l'autopsie du malade de l'observation III, on trouva le foie, un peu gros, farci d'un grand nombre de petits noyaux néoplasiques secondaires, d'un blanc mat, variant du volume d'une graine de lin à celui d'une noisette. Un malade de Stein paraît avoir succombé par suite d'une métastase dans le cerveau (1).

Il nous semble difficile de savoir si la carcinose miliaire pleurale ou péritonéale est consécutive aux métastases osseuses ou non. Elle constitue en général une trouvaille d'autopsie, de même que les petits noyaux d'ostéite carcinomateuse, et dès lors il est presque impossible de savoir dans quel ordre chronologique les lésions se sont produites.

---

(1) In *Barth.* Arch. f. Klin. chir., XLII, 1891, 4.

SYMPTOMES

Le début est généralement insidieux et rappelle de tous points celui de l'hypertrophie de la prostate :

OBSERVATION VI (Inédite).

Le nommé D..., entré le 31 mars 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 10, dans le service de M. le professeur Guyon.

Aucun antécédent héréditaire néoplasique.

Pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

Il y a six ou sept mois le malade, qui jusque là avait toujours joui d'une bonne santé a commencé à uriner plus souvent, aussi bien le jour que la nuit. En même temps les mictions sont devenues pénibles, douloureuses. Le jet s'est affaibli.

Les phénomènes ont été en augmentant et actuellement le malade urine en moyenne dix fois par nuit et par jour

Les urines sont alternativement claires et troubles. Jamais d'hématurie.

Depuis six semaines, le malade a beaucoup maigri.

L'appétit est presque nul, les forces ont baissé.

Varicocèle à gauche.

Gonglions iliaques, surtout à droite.

La vessie supporte à la tension 200 grammes de liquide.

Le malade reste dans le service jusqu'au 12 avril. Il y subit des lavages à l'eau boriquée. Son état ne subit pas grand changement. La fréquence est la même.

On a malheureusement négligé, en rapportant l'histoire de ce malade, de mentionner le résultat du toucher rectal qui a certainement dû être pratiqué. L'existence de ganglions dans les fosses iliaques suffit à faire rejeter le diagnostic d'hypertrophie prostatique.

Les accidents prémonitoires, fréquence des mictions, dysurie, faiblesse du jet, qui relèvent peut-être simplement de la dégénérescence sénile, puisque la plupart des malades ont de 60 à 70 ans, peuvent faire défaut. Il n'est pas rare en effet de voir la maladie se déclarer tout à coup par une rétention d'urine complète. Tel a été le début 5 fois sur 17 cas de carcinose prostato-pelvienne diffuse (observations VIII, XXI, XXII, XXV, XXVII).

De même que chez les vrais prostatiques la rétention peut s'établir à la suite d'un excès quelconque. Chez le malade de l'observation XXIV c'est après de trop copieuses libations que se déclara la rétention pour laquelle il fut forcé d'appeler un médecin.

L'incontinence est au contraire rarement signalée dans les observations ; de même que chez les prostatiques elle succède en général à la rétention. C'est de l'incontinence par regorgement (Obs. IX).

On trouvera cependant relatée plus loin, au chapitre du diagnostic, une curieuse observation où l'incontinence a marqué le début de la maladie. Nous ne croyons pas que le fait ait déjà été signalé (Observ. X).

Nous n'avons pas jusqu'à présent rencontré un seul symptôme qui ne puisse cadrer avec le diagnostic d'hypertrophie de la prostate. L'attention est simplement appelée du côté de la sphère génito-urinaire.

L'expulsion de petits fragments néoplasiques, signalée par quelques auteurs, prendrait au contraire une signification considérable et engagerait à faire soigneusement l'examen des urines, si cette expulsion n'avait pas lieu constamment quand le diagnostic est déjà fermement établi depuis longtemps. Ainsi le malade de l'observation VII souffrait depuis trois ans, quand il rendit à deux reprises différentes de petits fragments gros comme un haricot, dont l'examen histologique démontra la nature.

Dans l'observation XII, cependant, c'est un mois avant tout autre symptôme morbide que le malade rendit en urinant quelques petits fragments qu'il comparait à de la graisse. Nous ferons remarquer à propos de ce malade que l'examen histologique des fragments expulsés n'aurait été d'aucune utilité pour l'indication d'une intervention précoce, puisque le malade mourut un mois après cet incident, la vessie et tout le petit bassin envahis par le néoplasme qui était

arrivé à cet énorme développement sans se manifester par aucun symptôme.

On a regardé longtemps l'hématurie comme un symptôme constant au cours des tumeurs malignes de la prostate ; cependant Engelbach (1), montra qu'on en avait exagéré la fréquence, puisque sur 79 cas ce symptôme ne fut relevé que 21 fois. Sur les 17 malades, traités dans le service de M. le professeur Guyon, et dont l'histoire est rapportée ici, huit présentèrent ce symptôme à une ou différentes reprises.

En général le malade a depuis plusieurs mois, un an, de la dysurie, de la fréquence, il a même été déjà atteint de rétention, quand il s'aperçoit qu'il urine du sang.

Ces hématuries ont pour caractères essentiels d'être peu durables, de survenir spontanément sans être accompagnées de douleurs et surtout d'être excessivement capricieuses dans leur apparition, leur disparition, la longueur des rémissions et enfin la forme de l'hématurie.

On peut en effet distinguer quatre formes différentes :

1° Le malade rend à la fin de la miction quelques gouttes de sang, ou même de petits caillots très courts ;

2° L'issue de ce sang ou de ces caillots a lieu au début de la miction ;

---

(1) Loco citato.

3° L'hématurie est légère et totale ;

4° L'hématurie est grave et totale, le sang paraissant même dans certains cas sortir tout pur du canal de l'urèthre.

Comme nous le disions plus haut, ces différentes formes se combinent, se succèdent, de sorte qu'il n'y a rien de fixe et que tout peut changer non seulement d'un jour à l'autre, mais d'une miction à l'autre. En voici un exemple tout à fait caractéristique.

OBSERVATION VII (1)

Julien B..., 38 ans, est pris en juin 1890, d'une *hématurie* qui survient sans raison, sans douleurs, qui persiste pendant environ deux mois, non sans présenter toutefois des rémissions lors desquelles les urines réapparaissent claires pendant plusieurs jours consécutivement. Il y a absence de toute douleur.

En octobre 1890 surviennent de nouvelles hématuries, toujours sans aucune douleur : tantôt l'urine est sanguinolente pendant toute la durée de la miction; tantôt le sang n'apparaît qu'au début ou tout à la fin du jet; très souvent aussi le jet, d'abord coloré en rouge ne s'éclaircit que vers la fin lors, de l'émission des dernières gouttes. Il arrive que *dans une même journée les urines sont modifiées du tout au tout d'une miction à l'autre* et le malade y constate parfois la présence de petits caillots très courts.

Cette seconde crise dure trois mois environ, mais avec

---

(1) *V. Carlier*. Loco citato.

nombreuses rémissions pendant lesquelles les urines sont complètement normales.

En avril 1891, nouvelle crise qui dure quatre mois.

En septembre 1892, le sang reparaît, mais cette fois si abondant que B... crut souvent n'uriner que du sang pur. Le repos n'apporta aucun changement à cet état qui ne cessa que dans les premiers jours d'octobre.

Avec le développement d'une *cystite*, l'état général commence à s'altérer; amaigrissement, pâleur.

En janvier 1893, examen des organes urinaires :

Les reins paraissent sains, les uretères ne se sentent pas et la vessie se vide bien.

La prostate est ligneuse, grosse comme une belle orange et logée dans la concavité du sacrum. Nombreuses bosselures dures mais peu saillantes.

On peut facilement délimiter par en bas le néoplasme qui semble avoir respecté l'urèthre antérieur et le périnée, mais on ne peut reconnaître les canaux déférents et les vésicules séminales

La tumeur peut être difficilement contournée à gauche, mais elle est beaucoup plus développée à droite; on n'arrive pas à sa limite supérieure. La tumeur se sent nettement par le palper hypogastriqne; elle dépasse le pubis de deux travers de doigt.

Le rectum est souple; il y a de la constipation, mais pas de rectite, ni de bourrelet hémorrhoïdal.

Traversée prostatique longue; l'explorateur à boule, n° 18, passe.

Urines troubles, sales, légèrement sanguinolentes, d'odeur ammoniacale.

Ganglions des fosses iliaques non engorgés; mais série de petits ganglions inguinaux indurés! Petit kyste gros comme une cerise à l'épididyme droit.

Dans le creux sus claviculaire gauche, ganglion dur, mobile, gros comme un œuf de pigeon.

Depuis un mois les douleurs ont augmenté : la fréquence des mictions s'accentue; le ténesme vésical est atrocement douloureux; il est survenu quelques rétentions qui ont nécessité le cathétérisme, lequel devient de plus en plus difficile.

Dernièrement le malade rend à deux reprises des fragments de tumeur gros comme un haricot; l'examen histologique est fait : carcinome encéphaloïde.

Le plus souvent l'hématurie se présente sous sa 3e forme, c'est-à-dire que le malade rend sans douleur de l'urine légèrement teintée de sang. Le lendemain ou quelques jours plus tard, l'urine redevient normale, sans que le malade ait pu trouver une cause à ces phénomènes. Dans quelques cas cependant, on a signalé l'influence de la fatigue, des excès. Un malade de Hallé (thèse Engelbach, Obs. XVI) voyait réapparaître son hématurie à la suite d'une station debout prolongée.

Les hématuries graves, capables de simuler les hémorrhagies des néoplasmes vésicaux sont exceptionnelles, mais peuvent se rencontrer. Ainsi, le malade de l'observation VII ci-dessus eut une terrible crise qui dura un mois. A certain moment, il crut n'uriner que du sang pur. Un autre malade, dont l'histoire est rapportée dans la thèse de Rigaud, eut après 10 jours d'une hématurie légère une hématurie violente qui dura 8 jours.

Si les hémorrhagies liées au cancer de la prostate constituent parfois une grave complication portant

rapidement atteinte à l'état général, elles sont loin d'acquérir la valeur séméiologique des hématuries des néoplasmes vésicaux. On a pu juger de leur inconstance ; d'autre part, il semble possible qu'un cancer de la prostate se propage à la vessie et ne détermine pas d'hématurie. Ainsi, dans les observations III et XII, l'extension à la vessie, bien que démontrée par l'examen post-mortem, ne s'accusa du vivant du malade par aucun saignement.

Si les hématuries peuvent manquer totalement, par contre elles constituent chez certains malades le symptôme initial. Ainsi, le malade de l'observation VII, jusque-là bien portant, vit survenir une hématurie qui dura deux mois, sans cause apparente, sans douleurs. Ce n'est que deux ans après que la dysurie fit son apparition. Les malades des observations II et XVII signalent également l'hématurie comme symptôme de début de leur affection. Chez le malade de l'observation ci-dessous, l'hématurie précéda de beaucoup la fréquence des mictions et la dysurie.

OBSERVATION VIII (Inédite).

Le nommé Gr., 55 ans, entre le 19 septembre 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 5, dans le service de M. le docteur Guyon.

Antécédents héréditaires : Ses parents sont morts très âgés.

Antécédents personnels : Blennorrhagies en 1863 et 1868. Un chancre mou. Fièvres intermittentes en Afrique.

Au mois d'octobre 1893, à la suite de travaux manuels fatigants, mais habituels, survient une hématurie totale qui dure trois jours et une rétention complète qui dure une journée. Il n'urinait jamais la nuit avant ces accidents.

Au mois de novembre 1893, seconde hématurie qui dure huit à dix jours, puis dans le courant de l'année, deux ou trois hématuries, mais de courte durée.

Depuis un mois, hématurie terminale, quelques gouttes de sang seulement teintant l'urine à la fin de la miction.

Les mictions sont très fréquentes, environ toutes les heures, la nuit comme le jour, mais sans aucune difficulté cependant.

Les urines sont troubles, formant un dépôt et contenant parfois des matières filantes en suspension.

Depuis trois semaines, le malade éprouve une douleur assez vive dans la cuisse, mais ne souffre toujours pas en urinant. Légère douleur dans la région rénale droite, mais rien dans la région hypogastrique.

Examen : Reins. — Pression un peu douloureuse à gauche; ils ne paraissent pas augmentés de volume.

Toucher rectal :

La *prostate* un peu grosse est divisée en deux parties : une gauche souple et une droite dure qui se prolonge jusqu'à la branche ischio-pubienne.

La *paroi vésicale* est dure et ligneuse, mais à droite seulement.

Par le palper combiné au toucher, on ne sent rien à gauche, mais à droite on éprouve la sensation d'un corps étranger.

Le 23 septembre. On tente l'examen endoscopique. Il est impossible à cause de l'hématurie.

Le 29 septembre. Le malade quitte le service (12 jours à l'hôpital).

Il est peut-être permis de penser qu'il s'agit, dans

ce cas particulier, d'une hématurie banale, analogue à celle qu'on voit survenir chez les prostatiques comme conséquence d'une évacuation trop rapide et trop complète du réservoir vésical. Il est vrai que d'autres hématuries survinrent dans la suite, sans rétention ni cathétérisme.

Un accident particularité signalée et que nous trouvons relaté cependant dans plusieurs de nos observations est la difficulté du cathétérisme.

Un malade d'Engelbach (1) fut l'objet de tentatives de cathétérisme avec une sonde métallique, tentatives suivies immédiatement d'une hématurie abondante; c'était le premier pissement de sang. Jusqu'à ce moment, les urines n'avaient été que troubles. Quelques jours plus tard, on explore la prostate avec une béquille munie d'un mandrin. La prostate est difficile à traverser.

Carlier (2) dut faire à l'un de ses malades la ponction sus-pubienne pour évacuer la vessie après avoir fait une fausse route en plein tissu prostatique (2).

Dans l'observation de son second malade, le cathétérisme devint de plus en plus difficile.

Buffet (1), appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine dix-sept jours après l'ouverture d'une infiltration alors en voie de guérison, tente vainement le cathétérisme de l'urèthre avec des bougies fili-

---

(1) *Eugelbach*. Loco citato.
(2) *Carlier*. Loc. citato.
(3) *Buffet*. Congrès de chir., 1890.

formes. Il ne peut pas pénétrer plus loin que la région bulbaire.

L'essai fut répété plusieurs jours de suite avec le même insuccès. Quelques jours plus tard, après de nouvelles tentatives infructueuses, il fit donner le chloroforme décidé à pratiquer l'uréthrotomie externe sur conducteur pendant l'anesthésie.

Il trouva l'urèthre postérieur réduit au diamètre de 0,002, à parois rugueuses, conduisant en arrière, après un trajet de 0,006 à un nouveau rétrécissement à parois très dures et infiltrées.

Se voyant dans l'impossibilité de retrouver la partie postérieure, il renonce à tenter le cathétérisme rétrograde qui ferait subir au malade un traumatisme probablement inutile, étant donné le diagnostic de carcinome prostatique.

Il saisit un gros trocart courbe et le fait pénétrer dans la vessie à travers la prostate dont le tissu fortement induré se laisse pénétrer difficilement.

M. le docteur Piéchaud (1), appelé auprès d'un malade atteint de rétention d'urine et chez lequel le diagnostic de cancer de la prostate était certain, introduit la sonde métallique prudemment et sans force, et sent tout à coup, malgré la lenteur qu'il y emploie, une résistance qui, à peine perçue, cède avec la sensation bien connue de la fausse route.

Jugeant le cas anormal et très grave, il fait appeler

---

(1) In thèse de Rigaud, de Bordeaux, obs. VIII.

un de ses confrères en consultation et l'on tente le cathétérisme avec la sonde molle à béquille. Impossible de pénétrer.

Ils sont forcés de faire la ponction hypogastrique avec canule à demeure.

Douze heures après, le malade meurt.

Ces exemples, qu'il est inutile de multiplier davantage, car ils sont très nombreux, suffisent, croyons-nous, à montrer combien l'intervention est difficile chez les malheureux cancéreux atteints de rétention d'urine. Rien d'étonnant à cela si l'on songe que le cathéter doit traverser un canal envahi par des fongosités, rétréci, ulcéré par places, totalement dévié, quelquefois coudé à angle droit comme Engelbach en a trouvé un cas à l'autopsie d'un de ses malades. On procédera donc avec la plus grande douceur, en évitant, avant tout, de se servir d'instruments métalliques qui ne pourront pas suivre les déviations anormales et exposeront à de graves fausses routes.

Tous les symptômes que nous avons rencontrés jusqu'à présent (fréquence, difficulté de la miction, rétention et incontinence d'urine, cystite, hématuries, etc.), n'ont rien de pathognomonique. Ils se rencontrent constamment dans l'hypertrophie de la prostate.

Les phénomènes douloureux, au contraire, par leurs irradiations sur le trajet des nerfs des plexus lombaire et sacré, leur intensité, ont une importance considérable et permettent presque, quand ils se déclarent chez un individu ayant présenté les symptômes dont nous par-

lions plus haut, de faire d'emblée le diagnostic de néoplasme du petit bassin. Il ne restera plus qu'à déterminer par le toucher rectal le point de départ de l'affection. Toutes les observations que nous avons pu consulter ne font que confirmer l'enseignement de M. le professeur Guyon sur les caractères de ces phénomènes douloureux. Ne possédant aucun renseignement complémentaire, nous passerons donc outre et aborderons l'étude des troubles qui peuvent survenir dans les fonctions du rectum, comparativement aux désordres fonctionnels de la vessie.

Les accidents relèvent de la compression du rectum par la tumeur. Aussi sont-ils généralement progressifs et le malade qui allait difficilement à la garde-robe, sous l'influence de lavements répétés, se voit finalement dans l'impossibilité de satisfaire un besoin incessant et alors on peut assister au développement du tableau clinique de l'occlusion intestinale, qui dans les cas extrêmes peut entraîner la mort du patient.

Les troubles fonctionnels sont loin de suivre une marche parallèle dans la vessie et le rectum. Leur indépendance conduit même à admettre deux formes distinctes : *la forme vésicale et la forme rectale.* « Il est absolument remarquable à notre avis, disait Troquart (1), que la dégénérescence d'une glande qui est en relation si intime avec le canal de l'urèthre, puisse n'entraîner que des troubles légers de la miction

---

(1) *Troquart.* In Journal de méd. de Bordeaux, 30 août 1891.

alors que, prenant du côté de la cavité pelvienne un développement extraordinaire, elle produit une compression du rectum assez prononcée pour créer un obstacle absolu au cours des matières intestinales. C'est une évolution qu'il est impossible de prévoir à priori et que la clinique nous apprend à connaître. »

Engelbach avait déjà fait remarquer dans sa thèse, « qu'un néoplasme très volumineux de la prostate, ayant déjà largement diffusé, reste parfois sans retentissement ou presque sur le fonctionnement de l'appareil urinaire », tandis qu'on voit se déclarer un arrêt complet des matières et finalement les phénomènes de l'occlusion intestinale.

Dans la forme vésicale, au contraire, le malade se plaint successivement de fréquence et de gêne de la miction, d'hématuries, de ténesme vésical parfois atrocement douloureux, tous phénomènes en rapport avec le développement d'une cystite ; mais les garde-robes restent régulières et faciles, tel a été le cas dans l'observation VIII.

Fréquemment il y a combinaison de deux formes cliniques. La forme rectale pure sans accidents vésicaux prémonitoires importants, comme Engelbach (1) en a rapporté quatre beaux exemples, est très instructive car elle démontre bien comme le répète constamment M. le professeur Guyon, que dans les accidents observés chez les prostatiques l'obstacle doit être relégué au

(1) Thèse Engelbach, obs. XXII, XXIII, XXIV, XXV.

second plan, tandis que l'état fonctionnel de la vessie joue le rôle principal. Or, les individus atteints de cancer de la prostate peuvent être comparés à des prostatiques simples, le parallèle s'impose d'un bout à l'autre de l'étude de ces deux maladies. Si leur vessie est bonne, en d'autres termes, si elle arrive, et elle le peut quand les malades ne sont pas encore des artério-scléreux avancés, à lutter contre l'obstacle par une hypertrophie de sa tunique musculeuse, les troubles vésicaux passent inaperçus et ainsi se trouve constituée la forme clinique à prédominance des troubles rectaux chez les cancéreux prostatiques. Il serait intéressant de savoir si les blennorrhagies antérieures qu'on sait être une sauvegarde, au moins momentanée, contre les rétentions d'urine chez les prostatiques en habituant la vessie à lutter contre le rétrécissement qu'elles entraînent, ont une influence sur l'évolution clinique du cancer de la prostate. Malheureusement il n'est pas souvent fait mention dans les observations de cet antécédent urinaire, sans doute à cause du peu d'importance qu'on y attache, en raison de sa banalité.

Avant d'abandonner l'étude symptomatique, nous croyons pouvoir tirer des faits la conclusion suivante : c'est que le mode de début clinique du cancer de la prostate est excessivement variable. Nous avons eu en effet à enregistrer comme symptôme initial : la fréquence, la gêne de la miction, l'affaiblissement et le retard du jet, la rétention et l'incontinence d'urine, l'hématurie sous toutes ses formes, les phénomènes

douloureux à localisations multiples, la constipation et parfois même l'occlusion intestinale d'emblée.

Le malade de l'observation V est unique en son genre et excessivement curieux. Ce furent les accidents métastatiques qui l'amenèrent à l'hôpital. Un mois avant tout phénomène anormal dans la fonction vésicale, il avait vu ses genoux enfler ; plus tard, une tuméfaction des cuisses et des deux jambes, datant de six mois au moment où il fut hospitalisé, fut reconnue une ostéite carcinomateuse métastatique, à point de départ prostatique.

Dans l'observation IX ci-dessous, le malade jusqu'alors bien portant, entre avec les signes d'une néphrite interstitielle. On porte le diagnostic d'hypertrophie de la prostate et l'autopsie fait reconnaître l'existence d'un cancer de la prostate ayant déterminé de la pyélonéphrite avec dilatation des uretères.

OBSERVATION IX

Néphrite interstitielle. Cancer de la prostate (1).

Le nommé P..., 70 ans, entre le 30 août 1888 à Tenon, dans le service de M. Barth, avec tous les signes de néphrite interstitielle.

Régime lacté ; repos ; amélioration rapide.

---

(1) Obs. publiée par Cuvillier, interne à Tenon.

Au début de novembre, symptômes de cystite avec rétention.

Au toucher rectal, on contate l'hypertrophie de la prostate.

On sonde antiseptiquement ; mais, huit jours après, les urines deviennent sanguinolentes. On cesse les sondages, et les accidents se calment.

Le malade urine par regorgement 3.000 grammes.

Pas d'albumine dans l'urine ; bruit de galop très net.

Urine fortement ammoniacale.

Le 30 mars, sans cause appréciable et sans douleurs, les urines redeviennent sanguinolentes. Les forces déclinent rapidement et, le 24 avril, le malade tombe dans le coma.

Il meurt le 25 avril 1889.

Autopsie. — Cancer de la prostate, à généralisation ganglionnaire. Muqueuse vésicale injectée ; petites hémorrhagies punctiformes en de nombreux points.

Uretères dilatés à muqueuse congestionnée.

Pyélite et atrophie corticale.

MARCHE. DURÉE. PRONOSTIC

La durée de la maladie est des plus difficiles à apprécier avec exactitude. Chez les enfants, en effet, le néoplasme évolue silencieusement, puis soudain éclatent des complications qui tuent le malade en quelques heures ou quelques semaines. Il est dès lors impossible d'assigner comme durée à la maladie, le temps très court qui s'est écoulé entre le début apparent et la mort.

Chez les vieillards, au contraire, les accidents considérés comme initiaux remontent souvent à un très grand nombre d'années. Si l'on songe que ces individus sont à l'âge de la dégénérescence sénile de l'appareil urinaire tout entier, sur quoi peut-on se fonder pour mettre la dysurie, la fréquence des mictions, la rétention d'urine sur le compte du cancer plutôt que sur le compte du prostatisme? Nombreuses en effet sont les observations où le diagnostic, porté au moment des premiers accidents, fut celui d'hypertrophie de la prostate.

Rien n'empêche donc d'admettre que chez les vieillards, la carcinose prostato-pelvienne diffuse, s'établisse insidieusement chez un sujet déjà prostatique. Dès lors, il faut diminuer la longueur présumée de l'évolution du néoplasme.

Ces réserves étant faites, il reste bien établi que l'âge est un facteur de très haute importance dans la durée de la maladie : En effet, si l'on compare les observations II et VII concernant, l'une un sujet de soixante ans, et l'autre un homme de trente-huit ans, on voit que le mal, qui a débuté un an plus tôt chez le plus âgé des deux, n'a pas encore porté atteinte à l'état général ni déterminé de douleurs irradiées ; malgré le volume de sa prostate, qui égale une mandarine, la vessie continue à bien fonctionner. A part quelques gouttes de sang qui marquent la fin de la miction, rien ne pourrait faire soupçonner une aussi grave lésion. Le jeune homme de 38 ans, au contraire, a des hématuries fréquentes et persistantes, si abondantes à certains moments, que le malade croit n'uriner que du sang pur. Le développement d'une cystite marque, chez lui, le début de l'altération générale. Les ganglions inguinaux se prennent, il se fait une adénite carcinomateuse dans le creux sus-claviculaire, le ténesme vésical devient atrocement douloureux, le cathétérisme de plus en plus difficile. Tout fait prévoir une fin prochaine.

La cachexie cancéreuse a rarement le temps de s'établir avec son cortège symptomatique habituel : troubles digestifs, teinte jaune paille des téguments,

asthénie croissante. Pourtant Rigaud (1) a relaté l'histoire d'un jeune homme de 21 ans seulement, qui semble avoir été emporté par la cachexie cancéreuse. L'âge du sujet rend l'observation d'autant plus curieuse.

Généralement ce sont les complications locales qui tuent nos malades. Rarement ils succombent à des métastases dans des organes importants.

« L'état général des malades, dit Barth (2), n'est ordinairement guère altéré tant qu'il n'y a pas de troubles dans la défécation et dans la miction.

« Ce n'est que lorsqu'il survient une cystite putride ou une ouverture putride de la tumeur dans le rectum ou au périnée, que le malade commence à dépérir, pour devenir en peu de temps extrêmement cachectique.

« La plupart du temps, les malades succombent à une pyélo-néphrite septique, ou bien encore ce sont des métastases qui accélèrent la terminaison fatale. C'est ainsi qu'un malade de Stein paraît avoir succombé par suite d'une métastase dans le cerveau. Plusieurs fois on a observé des métastases d'un volume considérable dans les ganglions abdominaux. »

Les complications vésicales et rénales ne sont pas les seules qui puissent hâter la terminaison fatale. Quand le rectum est gêné, comprimé ou envahi, il arrive un moment où les symptômes de l'occlusion

---

(1) Loco citato.

(2) *Az. Barth.* Loco citato.

intestinale éclatent : il y a ballonnement du ventre, arrêt des matières, surviennent ensuite les vomissements fécaloïdes. la température s'abaisse et le malade meurt dans le coma.

L'étude du traitement nous montrera quelle influence favorable, il est permis d'exercer sur la marche de l'affection par une thérapeutique convenable s'adressant aux complications. Disons cependant que parfois, sans aucune intervention, on voit se produire d'énormes améliorations, qui sont peut-être dues à la fonte du tissu cancéreux en certains points, permettant par le ramollissement qui s'ensuit le rétablissement de la fonction rectale eompromise.

Quoi qu'il en soit, que le mal évolue rapidement ou lentement, régulièrement ou avec des rémissions, qu'il y ait ou non des complications, il aboutit fatalement à la mort, au bout d'un temps qu'on ne peut préciser, nous avons vu pourquoi. La durée moyenne semble être de 1 à 5 ans.

DIAGNOSTIC

Nous laisserons de côté dans ce chapitre toute une catégorie d'affections qui, en raison de leur siège pourraient devenir la cause d'erreurs, telles que les abcès, la tuberculose de la prostate et des vésicules, les calculs vésicaux ; nous ne pourrions que répéter ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs qui ont traité la question.

Nous nous attacherons seulement à développer quelques points particuliers qui nous ont paru intéressants ou qui ne semblent pas avoir suffisamment attiré l'attention des auteurs.

L'hématurie, lorsqu'elle survient en dehors des conditions habituelles qui la provoquent chez les prostatiques (congestion, déplétion trop rapide et trop complète de la vessie), est susceptible de simuler par plus d'un côté le saignement des néoplasmes vésicaux. Comme celui-ci, en effet, elle peut être capricieuse dans son évolution, assez abondante pour donner lieu à la formation de caillots. Le toucher rectal, l'examen

endoscopique du réservoir de l'urine, indiqueront le plus souvent la nature réelle de l'affection. Mais parfois on se trouve avec l'appareil symptomatique précédent en présence d'une tumeur volumineuse, accessible par l'hypogastre dont il est difficile de préciser le point d'implantation. C'est ici que le précepte, formulé depuis longtemps par M. le professeur Guyon, peut fournir au clinicien de précieuses indications : toute tumeur nettement appréciable par la palpation hypogastrique ne peut être localisée dans la vessie ; les néoplasmes vésicaux ne sont perceptibles que par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique, tant qu'ils n'ont pas dépassé les parois de l'organe ; quand il en est autrement il s'agit à coup sûr d'une tumeur périvésicale.

Si l'hématurie est susceptible d'entraîner dans une mauvaise voie un observateur non prévenu, par contre elle est susceptible parfois de mettre le diagnostic en bon chemin. Vient-elle à se déclarer sans motif apparent chez un sujet que l'on était enclin à considérer comme un prostatique ordinaire, elle fera naître dans l'esprit l'idée d'un néoplasme de la glande et cette présomption trouvera sa confirmation dans la constatation par le toucher rectal d'une prostate dure, irrégulière, à grandes bosselures, envoyant parfois des prolongements antéro-postérieurs, ou latéraux du côté des échancrures sciatiques, se continuant directement avec les amas de ganglions dégénérés qui remplissent le petit bassin et remontent parfois très

haut le long de la colonne vertébrale, devenant ainsi accessibles par la palpation simple de l'abdomen.

Dans certains cas, au lieu de cette masse irrégulière, bosselée, on trouve une tumeur occupant toute la cavité pelvienne, uniformément dure, arrondie, sans bosselures ni points ramollis et donnant absolument la sensation d'une tête de fœtus engagée dans l'excavation.

La prostate n'acquiert pas toujours ce volume considérable qui ne permet guère d'hésitation dans le diagnostic, étant donné le petit volume qu'atteignent en général les tumeurs bénignes de la prostate.

Dans ces cas, on recherchera avec soin si la glande n'est pas d'une dureté insolite, si elle ne se prolonge pas trop loin latéralement. Dans les deux observations qui suivent, M. le professeur Guyon a porté le diagnostic de carcinose prostato-pelvienne diffuse, dans l'une parce que la prostate, malgré l'absence de bosselures, était très dure, semblait du côté droit englober les vésicules séminales et arrivait au contact de l'échancrure sciatique ; dans l'autre, la prostate était très dure, quoique sans augmentation de volume. Le double palper faisait sentir une tuméfaction péri-prostatique. Il y avait aussi une induration du corps caverneux qui s'expliquait bien par le diagnostic de cancer de la prostate.

OBSERVATION X (inédite).

Le nommé L..., plombier, âgé de 57 ans, entre le 12 juillet

1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 33, dans le service de M. le professeur Guyon.

Blennorrhagie et bubon à 18 ans.

Il y a 4 mois, *les mictions devinrent inconscientes et cet état dura 2 mois.*

Le malade put de nouveau garder ses urines pendant le jour ; mais il était forcé d'uriner toutes les demi-heures ; pendant la nuit, il urinait au lit.

Jamais les mictions n'ont été douloureuses, et jamais il n'y a eu de sang dans les urines.

Depuis un mois, le malade vient se faire soigner à la policlinique, et on lui fait des lavages de la vessie au nitrate d'argent de 1/500 à 1//1000.

Examen du malade. Etat général : artério-sclérose.

Canal : libre, *induration du corps caverneux au-dessus du gland.*

Vessie. Les dernières gouttes qui s'écoulent de la sonde sont franchement purulentes. Il y a rétention incomplète. Résidu 350gr.

Prostate très dure, sans augmentation de volume. Le frottement de la boule exploratrice contre la prostate indurée et contre les colonnes de la vessie donne la sensation d'un calcul ; mais l'explorateur métallique montre la véritable nature de cette sensation.

Par le double palper, on sent plus haut que la prostate un épaississement considérable, lisse et mou, probablement dû à de la péricystite.

On fait l'endoscopie et le résultat est négatif.

On institue comme traitement le cathétérisme et les lavages boriqués.

Le 25 juillet, le malade quitte le service exactement dans le même état qu'à son entrée.

OBSERVATION XI (inédite).

Le nommé C..., mégissier, âgé de 69 ans, entré le 12 mai 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, nº 6, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents personnels. Le malade n'a jamais eu la blennorrhagie, ni la syphilis; n'a jamais présenté de symptômes de lithiase rénale.

Depuis 5 ans, les mictions sont devenues pénibles et ont nécessité de violents efforts. Leur fréquence n'a fait qu'augmenter de plus en plus ; actuellement le malade n'a plus conscience la nuit du besoin d'uriner : il mouille ses draps.

Cependant, il n'a jamais eu de rétention totale ni d'hématurie, et n'a jamais été sondé. Les urines sont restées claires.

Examen du malade.

Canal : l'explorateur olivaire passe librement. Aucun relief dans la portion prostatique et aucune déviation de l'explorateur.

Vessie. Ne se vide pas. Résidu 350 grammes. Rétention incomplète avec distension.

Prostate. Très étalée, plate, *dure*, mais sans saillies ; semble plus épaisse à droite, quoique cette épaisseur ne soit pas considérable.

Elle semble du côté droit *englober les vésicules et arrive au contact de l'échancrure sciatique dont elle reste à distance du coté gauche.*

On ordonne des cathétérismes matin et soir, et des lavages de la vessie à l'eau boriquée.

14 mai. On fait deux sondages et deux lavages. Aucune modification de l'état général.

20 mai. Le malade urine normalement entre les sondages.

21 mai. Il sera sondé trois fois par jour. L'état général s'est beaucoup altéré, l'appétit est presque nul, les forces sont disparues, l'amaigrissement est considérable.

23 mai. Les sondages du matin et du soir sont suivis chacun d'uu violent frisson. Il n'y a cependant pas de température. Le malade peut se lever et marcher un peu.

24 mai. Frissons après les sondages comme la veille. L'affaiblissement est extrême, la voix pénible, l'appétit absolument nul. Le soir. 37°5.

25 mai. 39° le matin. Une sonde à demeure est fixée.

La cachexie est absolue ; le malade dans un état demi-comateux, la respiration est stertoreuse.

Le soir, 36°8.

26 mai. Décès à 3 heures 1/2 du matin.

L'autopsie fut faite le 27 mai 1894, et voici ce qu'elle fit constater :

Urèthre : sain.

Prostate : Non hypertrophiée, lobes latéraux plutôt un peu atrophiés ; très légère luette vésicale ; pas de phlébite péri-prostatique.

Vessie : Parois très minces. Surface interne sillonnée de volumineuses colonnes ; quelques cellules ne faisant pas saillie dans la cavité péritonéale.

Uretères : Très légèrement dilatés mais non enflammés.

Rein droit : Un peu scléreux, mais se décortiquant bien ; pas de pyélite.

Rein gauche : Néphrite infectieuse d'origine récente. Abcès miliaires confluents sous-capsulaires.

Poumons : Légère congestion hyportatique à la base droite.

Cœur : Ventricule gauche légèrement hypertrophié ; pas de lésions notable des valvules ; athérome de la crosse de l'aorte.

Foie et rate. — Rien.

On n'a pas, semble-t-il, suffisamment insisté sur la valeur de la palpation hypogastrique dans le diagnostic du cancer de la prostate. Les observateurs signalent bien, en certains cas, que la palpation abdominale permettait de sentir une masse arrondie, sans limites précises, paraissant s'enfoncer dans le petit bassin, mais on ne les voit pas en tirer de conclusions relativement au siège de la néoplasie. Cependant comme comme nous le disions déjà plus haut, on peut affirmer, en présence d'un néoplasme nettement accessible par la palpation hypogastrique, que ce ne sont pas les parois vésicales dégénérées qu'on a sous la main, qu'on n'a pas affaire à un cancer de la vessie, ou tout au moins que, s'il y a cancer de la vessie, il y a propagation extra-vésicale, ce qui, du reste, est très rare, comme on le sait. Les néoplasmes vésicaux échappent à la palpation simple, et comme l'enseigne depuis longtemps M. le professeur Guyon, ils ne peuvent être perçus que par le toucher combiné à la palpation abdominale.

Si donc, après évacuation complète du réservoir de l'urine, une palpation attentive, pratiquée par l'hypogastre, fait rencontrer dans la région para-vésicale une tumeur plus ou moins volumineuse, on est en droit d'affirmer que celle-ci a un point de départ extra-vésical. Tout à fait exceptionnellement, on peut être conduit à penser que le néoplasme, implanté primiti-

vement dans la vessie, a dépassé les limites de cette dernière pour envahir les régions adjacentes.

C'est en se fondant sur cette notion aujourd'hui définitivement établie que le diagnostic put être porté dans l'observation suivante :

OBSERVATION XII (Inédite).

Le nommé B..., âgé de 63 ans, entre le 3 décembre 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 11, dans le service de M. le professeur Guyon.

Il n'a jamais eu la blennorrhagie.

Il y a trois mois que ce malade a rendu en urinant *quelques petits fragments qu'il compare à de la graisse.*

Depuis deux mois il ressent des douleurs dans la verge, en urinant.

La miction se produit à intervalles rapprochés, huit à dix fois le jour et quatre à cinq fois la nuit.

Il n'y a pas eu d'hématurie.

La marche ne détermine ni douleur ni augmentation du nombre des mictions.

Polyurie avec dépôt purulent abondant.

Le 8 janvier, on sent à *la palpation simple* une masse à gauche.

On vide la vessie et la masse se sent encore.

Par le *palper bi-manuel* on trouve une *masse dure inégale*, irrégulière, dépassant la ligne médiane et s'étendant dans la fosse iliaque. On fait le diagnostic de carcinose prostato-pelvienne.

Le malade meurt le 8 janvier, à huit heures du matin.

Autopsie. – Faite le 9 janvier.

Malheureusement cette autopsie a été faite d'une façon rapide et incomplète par la voie périnéale.

Urèthre : sain.

Prostate : petite.

Au niveau de la portion membraneuse de l'urèthre, on trouve un noyau blanc, mou, d'aspect encéphaloïde, gros comme une noisette. Ce noyau est au-dessus de l'urèthre.

La vessie est déchirée pendant l'extirpation. Sa paroi est envahie par le néoplasme qui remplit tout le petit bassin sous forme de masse molle, diffluente, gris blanc, d'aspect encéphaloïde. Cette paroi paraît également épaissie, avec petites colonnes et cellules.

Il est impossible sur cette pièce incomplète de fixer le point de départ de la néoplasie. Il est plus probablement vésical (zone inférieure) que prostatique.

Dans le rein droit, pyélo-néphrite suppurée avec abcès miliaires multiples.

TRAITEMENT

Jusqu'à nos jours les tentatives de *traitement curatif* ont été suivies de résultats déplorables, même entre les mains des opérateurs les plus habiles. C'est Küchler qui, le premier, eut l'idée de faire l'ablation complète de la prostate et la pratiqua sur le cadavre. Elle fut successivement préconisée et pratiquée par Billroth, Demarquay et Spanton.

En 1889, Stein apporte la question devant le dix-huitième congrès de chirurgie allemand et comparant les résultats fournis par les diverses méthodes et la gravité des différents modes opératoires, arrive aux conclusions suivantes :

« La *taille hypogastrique* ne permet pas de faire l'extirpation.

« On arrive trop difficilement, et en tirant avec force, à amener la prostate normale au dessus du bord supérieur de la symphyse pour qu'il soit possible de l'extirper, ainsi que Glück et Zeller l'ont déjà fait

remarquer dans leurs expériences sur des chiens et sur le cadavre humain.

« *La résection d'un pubis* permet d'arriver sur les parties latérales de la prostate. Seulement pour faire l'extirpation totale il faudrait réséquer les deux côtés ce qui ajouterait un traumatisme considérable à une opération déjà si grave par elle-même.

« *La tailte périnéale* lui paraît seule recommandable.

« Elle permet de voir les adhérences à la paroi antérieure du rectum et l'envahissement des ganglions rétro-prostatiques.

« Ensuite aucune opération ne donne d'aussi bonnes garanties pour l'écoulement ultérieur de l'urine. On n'a pas à craindre une infiltration d'urine. »

Cet auteur rapporte ensuite l'observation de deux malades de la clinique de Heidelberg, opérés par Czerny. L'un d'eux succomba le douzième jour après l'extirpation pratiquée par la voie périnéale, l'autre 21 mois seulement, on ne sait trop dans quelles circonstances, après avoir subi les tailles hypogastrique et périnéale en une seule séance :

OBSERVATION XIII (1)

Homme de 64 ans. Taille périnéale prolongée en arrière et résection du coccyx.

---

(1) In *Stein*. 18e Congrès chir. allemand, 1889.

On isole le rectum, on coupe l'urèthre un peu en avant du bulbe.

On saisit la tumeur recto-prostatique et on peut l'amener en bas. On arrive à délimiter les vésicules et les canaux déférents. On les isole en les refoulant en haut et on les coupe.

Ensuite, on incise le fond de la vessie à peu près à la limite supérieure du triangle de Lieutaud, puis on complète l'incision vers la paroi antérieure de la vessie.

En même temps, on enleva une partie du rectum de la grandeur d'une pièce de 5 francs.

Après section de la paroi postérieure du rectum, on en fit la suture dans l'extrémité postérieure de la plaie.

Le malade mourut le douzième jour après l'opération avec des symptômes de pleuro-pneumonie double.

OBSERVATION XIV (1)

On fait, le 18 novembre 1887, la taille hypogastrique à un homme de 47 ans, atteint de tumeur maligne de la prostate et on remarque que l'extirpation est impossible par cette voie.

On fait alors la taille périnéale. L'opération dure deux heures et demie, et durant son cours se produisirent plusieurs collapsus.

Le malade eut du délire attribué à l'iodoforme.

Il sortit quatre-vingt-dix jours après l'opération et mourut dix-huit mois après, c'est-à-dire vingt-un mois après l'opération, on ne sait pas exactement comment, avec des symptômes d'urémie, dit-on.

---

(1) In *Stein*. Loco citato.

(L'opération fut faite par Czerny à la clinique de Heidelberg.)

En 1893, Dittel extirpe avec un succès complet la prostate d'un individu atteint d'une tumeur dont la nature ne put malheureusement pas être déterminée par l'examen histologique. Mais l'auteur fait remarquer qu'il ne dut son succès qu'à une anomalie dans les rapports anatomiques de l'urèthre et de la prostate. L'urèthre peut en effet (Dittel a rencontré quatre fois cette disposition) se trouver superposé à la prostate, ce qui rend son énucléation possible sans risque de blessures. Dittel (1) tire les conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas où la tumeur de la prostate englobe l'urèthre, l'extirpation n'est pas possible sans blesser l'urèthre, à moins d'essayer de partager la prostate en deux et de détacher chaque partie de l'urèthre

2° Dans tous les cas l'énucléation faite par la méthode sacrale offre plus de chances de succès que par la voie périnéale.

La gravité de l'acte opératoire n'est pas le seul argument qu'on puisse opposer à une interventlon radicale. On a vu en en effet, au chapitre de l'anatomie pathologique, que le caractère pathognomonique du cancer de la prostate était la rapidité de sa diffusion dans le petit bassin et l'abdomen, et sa généralisation à distance. On connaît d'un autre côté la difficulté du diagnostic au début de l'affection et sa longue latence.

---

(1) Int. Klin Rundschau 25, 1893.

Quand le mal se révèle et permet d'établir le diagnostic et la nécessité d'une intervention, il est déjà trop tard. Même si l'acte opératoire en lui-même était simple et nous avons vu qu'il est loin d'en être ainsi, l'intervention n'atteindrait pas le but visé. La récidive se ferait inévitablement au bout d'un laps de temps variable, mais généralement très court. On aurait simplement procuré quelques mois de survie au malade.

C'est donc la diffusibilité de la carcinose prostato-pelvienne diffuse et en second lieu sa longue latence qui réduisent à néant toutes les espérances des chirurgiens. L'étude anatomo-pathologique nous a montré que, d'après la marche, le cancer de la prostate se montre sous deux aspects différents :

1° La forme à marche rapidement envahissante ou carcinose prostato-pelvienne diffuse de Guyon ;

2° Une forme excessivement rare caractérisée par sa faible diffusibilité.

Dès lors n'est-il pas permis d'attendre quelques heureux résultats d'une intervention précoce dirigée contre cette dernière forme?

C'est sans doute à un cas de ce genre que Bürckhardt eut affaire en 1894, puisque son opéré, revu deux ans après, ne présentait ni récidive ni métastase à distance :

OBSERVATION XV (1)

Homme de 50 ans, présentant un sarcome adhérant à la paroi anterieure du rectum.

Pour l'extirper il a fallu faire l'opération de Kraske et réséquer la plus grande partie du rectum d'un côté. La paroi rectale gauche put être laissée en connexion avec l'anus.

Pendant cette opération on a pu ne pas toucher à l'urèthre.

Le malade guérit avec une insuffisance relative de son sphincter.

Il fut revu au bout de deux ans. Il n'y avait pas trace de récidive ni de métastase.

La tumeur extirpée, un fibro-sarcome à cellules fusiformes, était localisée au lobe droit de la prostate.

C'est là, croyons-nous, le seul exemple de tentative de traitement curatif du cancer de la prostate suivi de succès. La chirurgie est donc désarmée en face de cette redoutable affection. Elle ne peut que prolonger les jours du malade par le traitement des complications, autrement dit, *traitement palliatif*.

Les résultats obtenus sont considérables parfois. Buffet a rapporté, au Congrès de chirurgie de 1890, l'histoire d'un malade auquel il fit l'uréthrotomie externe, pour un rétrécissement infranchissable; au cours de l'opération il put rectifier son diagnostic et

(1) *Burckhardt*. Ann. des mal. des org. gén. ur, 1894. p. 616.

acquérir la certitude qu'il avait affaire à un cancer ; ne pouvant pas retrouver la partie postérieure du canal, il enfonça à travers la prostate un trocart courbe, et plaça un drain qui permit la sortie de l'urine. L'état général, fortement touché, s'améliora tellement que le malade semblait tout à fait revenu à la santé, ce qui fit même, pendant quelque temps, concevoir des doutes au sujet du diagnostic.

La cystite, si fréquente chez les malades atteints de cancer de la prostate, est souvent avantageusement modifiée ou guérie par le cathétérisme régulier, suivi de lavages de la vessie avec le nitrate d'argent ou l'acide borique. Il est même remarquable de voir avec quelle rapidité se fait la guérison dans certains cas, après la pose d'une sonde à demeure. Les cancéreux semblent, en ce cas, se comporter comme de simples rétrécis. Peut-être en faut-il rechercher l'explication dans ce fait que la dégénérescence sénile, qui produit le prostatisme, n'est pas avancée chez certains malades atteints de cancer de la prostate.

Il serait intéressant de savoir s'il y a avantage, chez un malade atteint de rétention d'urine, le cathétérisme étant impossible, à faire un méat hypogastrique ou la taille périnéale, suivie de la prostatotomie et du drainage de la vessie.

On a vu plus haut quel bénéfice le malade de Buffet retira du drainage de sa vessie. D'un autre côté, M. Legueu fut, un jour, appelé à établir un méat hypogastrique chez un individu atteint de cancer de la prostate dans les circonstances suivantes :

OBSERVATION XVI

Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate, par Legueu (1).

Cette opération a été pratiquée sur un homme de 61 ans, atteint de cancer de la prostate, qui donnait du sang à chaque cathétérisme évacuateur.

L'intervention, qui a consisté à fixer les lèvres de l'incision vésicale aux lèvres de la peau et à placer une sonde à demeure, a fait disparaître les cuissons, les brûlures, le ténesme jusqu'à la mort du malade, qui a eu lieu quelques mois plus tard.

Le résultat a donc été bon dans les deux cas, mais il n'est guère possible de se prononcer sur la valeur comparée de ces deux procédés, car les circonstances où l'intervention a été utile sont exceptionnelles.

L'obstruction intestinale sera combattue par la création d'un anus iliaque, qui rétablit le cours des matières, et comme l'a fait remarquer Fenwick, permet au malade d'échapper aux hémorrhagies rectales causées par la compression de la tumeur entre le releveur de l'anus et le plan résistant des viscères abdominaux.

En résumé, on pourra souvent retarder pendant longtemps la terminaison fatale par le traitement des complications, on adoucira les souffrances du malade

(1) Gaz. hebd., 26 août 1893.

par l'emploi *larga manu* de l'opium et de ses succédanés, mais la chirurgie restera toujours impuissante à guérir définitivement cette redoutable affection.

OBSERVATION XVII (Inédite).

Le nommé T..., âgé de 66 ans, entré le 15 février 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 4, dans le service de M. le professeur Guyon.

Aucun antécédent héréditaire : Un frère, âgé de 69 ans, éprouve de la difficulté à uriner.

Deux oncles souffraient également de difficulté de la miction.

A. P. Bonne santé antérieure, deux blennorrhagies à 35 et 37 ans, ne ressentit aucun trouble urinaire jusqu'en *1888*.

En *1887*, première hématurie sans cause aucune, sans aucune douleur, spontanée, abondante, totale; elle dura deux jours. Le malade resta ensuite un an sans souffrir.

En *1888*, il ressentit de la difficulté à uriner. Il était obligé de se relever la nuit; il avait alors :

Fréquence. — Il urinait jour et nuit, tous les quarts d'heure.

Douleurs. — Miction douloureuse, surtout au début et difficile.

Hématuries. — Toutes les deux semaines environ une miction était teintée légèrement. Le malade ne peut préciser si c'était au début ou à la fin.

Urines. — Etaient troubles, donnant au fond du vase abondant un dépôt et sentaient mauvais.

Tous ces symptômes de cystite persistent encore jusqu'en 1892, époque à laquelle le malade est soigné dans le service. On lui fit des lavages au nitrate d'argent.

Depuis cette époque, il se traita lui-même par des lavages

à l'acide borique. Il se sondait de temps à autre pour évacuer sa vessie, et n'eut jamais de rétention aiguë. Depuis le mois de janvier, il est obligé de se sonder constamment. Il urine un peu moins fréquemment depuis cette époque.

Depuis jeudi des douleurs ont apparu à l'anus, dans les bourses et le haut des cuisses.

Il y a trois semaines, courbature générale, nausées, malaise.

Actuellement. — Fréquence : Le malade se sonde deux ou trois fois par jour et par nuit, toutes les cinq heures environ.

Douleurs : Elles n'existent plus pendant la miction, ce sont seulement des douleurs de compression, irradiées.

Gêne : Absolue, le malade est obligé de se sonder.

Hématuries : Le malade a uriné un peu de sang hier au moment et à l'occasion de l'examen physique. Il n'avait pas saigné depuis un mois.

Urines : Toujours troubles, pus.

Ganglions iliaques des deux côtés.

Pas d'amaigrissement, il n'a pas perdu ses forces.

Le 17 février. — *Examen de M. le professeur Guyon.*

Canal : Libre, une olive exploratrice ne rencontre aucun obstacle. Une sonde molle pénètre facilement et extrait de l'urine claire.

Douleurs : N'existent pas pendant les mictions, *mais celles du périnée* sont constantes et indépendantes de l'état vésical.

Prostate : Volumineuse, mais ne dépassant pas en avant l'ogive pubienne; indurée, bosselée.

Traitement. Lavages au nitrate d'argent; 0 gr. 50 d'antipyrine avant chaque repas; suppositoire morphiné.

Le 8 mars. Moins de douleur et d'élancements, douleurs atténuées au périnée; va facilement à la selle.

Le 16 mars. Urines troubles, dépôt peu abondant, rougeâtre.

Le 22 mars. L'état continue à être satisfaisant. Pas de douleur. Le malade quitte le service.

OBSERVATION XVIII (Inédite).

Le nommé B..., 70 ans, entre le 23 avril 1895 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, no 27, dans le service de M. le professeur Paul Guyon.

Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie.

Depuis un an, il urine difficilement et se relève trois ou quatre fois la nuit.

Il se sonde depuis six mois de temps en temps, et depuis trois mois chaque fois qu'il veut uriner c'est-à-dire en moyenne 5 fois par nuit.

La miction s'accompagne d'une sensation de cuisson dans le canal, mais jamais il n'y a eu de douleurs en dehors de la miction.

Examen par M. le professeur Guyon :

Les urines sont troubles.

Le canal étroit. Résistance en surface de la portion membraneuse qui présente deux grands anneaux. On essaye en vain de passer les sondes à béquille n° 17 et n° 15.

Au toucher : La prostate est très dure, très étalée, offre une grosse bosselure double, à une phalange; puis au-delà, plaque bosselée très étendue en largeur et en hauteur. On ne peut pas contourner ses limites.

Le malade sort le 29 avril (après un séjour de 16 jours).

OBSERVATION XIX (inédite.)

M. C..., retraité, âgé de 86 ans, entre à l'hôpital Necker, salle Velpeau, lit nº 10, dans le service de M. le professeur Guyon, le 13 novembre 1894.

Le début de son affection remonte à 3 ans. Ce sont des troubles de la miction qui ont ouvert la scène : fréquence (4 ou 5 fois le jour, 2 ou 3 fois la nuit), mais jamais d'hématurie ni de douleurs pendant ni après la miction.

A part une blennorrhagie à 25 ans, le malade a toujours joui d'une excellente santé.

Antécédents héréditaires : le père est mort à un âge très avancé à 88 ans, la mère d'accident. Les frères et sœurs du malade sont très âgés et bien portants.

Il y deux ans, c'est-à-dire un an après le début des troubles de la miction (fréquence uniquement), le malade est atteint d'une rétention complète. Un médecin de la ville le sonde et depuis cette époque le malade continue à se sonder lui-même, 4 ou 5 fois le jour, 1 ou 2 fois la nuit, d'abord avec une sonde molle, puis avec une sonde métallique.

Le 13 novembre, jour où il arrive dans le service, le malade a fait une fausse route. Rétention complète, écoulement de sang assez abondant, hématome du scrotum et du périnée.

Au toucher rectal on trouve la prostate très augmentée de volume, dure, ligneuse, avec des prolongements en arrière et sur les côtés.

On place aussitôt une sonde à demeure qu'on y laisse six jours. Les trois jours suivants il se sonde, mais le troisième jour on lui remet la sonde à demeure.

Le 26 novembre, on peut sonder le malade avec la sonde molle.

Le 27 novembre, on tente de faire la dilatation au béniqué, mais on doit s'arrêter à cause de l'urèthrorrhagie. On met une sonde à demeure qu'on enlève le 29.

Le 29 novembre on procède de nouveau au toucher rectal. Aussi loin et aussi haut que le doigt peut aller, on sent des nodosités sous la muqueuse rectale.

Le malade quitte le service le 11 décembre après un séjour de 28 jours.

OBSERVATION XX (inédite).

Le nommé R . . ., apprêteur d'étoffes, âgé de 64 ans, entré le 17 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 27, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents personnels: Blennorrhagie à 20 ans. Rhumatisme articulaire.

Le malade a déjà été soigné à la Terrasse. Il venait pour un rétrécissement périnéal. On l'a dilaté, une première fois, en août 1891 ; une deuxième fois, en juillet 1892.

En février 1894 le malade revient. Il présente de la fréquence des mictions (10 fois le jour, 7 ou 8 fois la nuit). Des urines troubles et des douleurs vives dans la vessie et dans le canal au début et à fin de la miction. Il présente, en outre, des douleurs lancinantes au niveau des reins, revenant par crises.

Enfin, le malade dit avoir eu une hématurie quelques jours auparavant, la nuit.

On reconnaît un néoplasme de la prostate. On lui fait des lavages de la vessie au nitrate.

En avril, le malade a des douleurs dans les reins et dans le ventre, douleurs qui ne l'abandonneront plus.

En mai 1894. Le malade revient à la consultation.

L'examen confirme le diagnostic de néoplasme de la prostate, mais on ne retrouve pas de rétrécissement.

Actuellement. Le malade urine souvent (10 fois le jour, 5 fois la nuit). Il urine difficilement, avec beaucoup d'efforts, et très peu à la fois. Mais la miction n'était pas très douloureuse, seulement un peu au début.

Avant-hier, à sept heures du soir, rétention complète. Hier, il vient à l'hôpital, et on le sonde. Depuis, on continue à le sonder, car il lui est impossible d'uriner seul. Le passage de la sonde a déterminé une légère hémorrhagie. Les urines ont un dépôt peu abondant.

Depuis le commencement de juillet, il a des douleurs dans les deux jambes, dans la jambe droite surtout. Ces douleurs sont continues, elles empêchent la marche et présentent des exacerbations intermittentes, le malade souffre alors beaucoup et a de véritables éclairs douloureux dans la jambe droite.

Traitement. Lavages au nitrate d'argent tous les jours.

Le 10 septembre, le malade quitte l'hôpital ayant toujours quelques souffrances.

OBSERVATION XXI (Inédite).

Le nommé F..., 63 ans, représentant de commerce, entre le 12 juillet 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 28, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents héréditaires : Son père est mort de la poitrine, mais les enfants sont tous bien portants.

Antécédents personnels : Blennorrhagie à 23 ans.

Douleurs rhumatismales dans les jambes et les reins, hydarthrose au genou droit qui dura trois ans.

Choléra en décembre 1893.

Il y a six ans, rétention d'urine qui dure une demi-journée et se passe toute seule.

Il y a quinze mois, le malade commence à uriner souvent; les mictions sont douloureuses et pénibles, le jet d'urine s'interrompt et ne sort que par saccades. Ces troubles n'ont fait qu'augmenter depuis progressivement.

Depuis huit mois, le malade s'est aperçu que ses urines étaient troubles.

De temps en temps le malade ressent dans la verge et dans le gland des douleurs s'irradiant jusqu'à l'anus.

Depuis cinq mois, il s'aperçoit que sans cause connue il rend de temps à autre quelques gouttes de sang au commencement de la miction.

A deux reprises, ce malade dit avoir été sondé et examiné par des médecins.

État actuel :

Mictions fréquentes, toutes les demi-heures, difficiles et douloureuses depuis douze jours; le jet est saccadé.

De temps à autre hématurie.

Enfin quelques douleurs rénales.

Examen du malade :

Le *canal* est en mauvais état et la traversée prostatique longue.

La *vessie* est distendue et sa contractilité très faible; lorsqu'on la vide complètement, le malade souffre beaucoup.

Au *toucher*, la prostate est volumineuse et très dure.

Traitement :

Lavages au nitrate d'argent.

15 juillet. Depuis hier, douleurs dans la verge et le gland et polyurie (3 litres en 24 heures)

17 juillet. Le malade souffre pendant trois ou quatre heures

après le lavage de sa vessie. Une sonde à demeure détermine de l'uréthrite

30 juillet. Les lavages sont continués et le malade souffre moins.

Le 3 août, il quitte le service (22 jours de séjour).

OBSERVATION XXII (inédite).

Le nommé J..., peintre, âgé de 57 ans, entre le 13 août 1894, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 18, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents : plusieurs blennorrhagies, la première, il y a longtemps, dit le malade ; la deuxième s'accompagne pendant quelques jours d'une légère hématurie initiale. Enfin une troisième survenue il y a un mois environ a duré quinze jours.

Hématurie il y a huit ans soignée à Beaujon, par le régime lacté.

Depuis une époque fort lointaine, mais que le malade ne peut préciser, fréquence des mictions (2 ou 3 fois la nuit, toutes les heures le jour.

Enfin, depuis huit jours, grande fréquence, surtout la nuit, besoin impérieux, douleur surtout à la fin, avec hématurie initiale, et du côté du rectum constipation opiniâtre, ballonnement du ventre.

Ces jours derniers, il fut sondé à la consultation et une hématurie très abondante s'ensuivit.

Examen : Canal libre.

Vessie sensible à 40 grammes.

Toucher rectal : On ne parvient pas à sentir nettement la prostate qui est déplacée en haut. Du côté gauche on sent une masse

volumineuse paraissant adhérer à la branche ischio-pubienne et refoulant le rectum à droite.

Le 15 août. Epididymite à droite.

Le 23 août. Epididymite à gauche.

Le 1er octobre. Le malade va à Vincennes en convalescence. Son état est le même (48 jours de séjour).

OBSERVATION XXIII (inédite).

Le nommé A..., 73 ans, entre le 7 janvier 1895 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 7, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents héréditaires : Rien à noter.

Antécédents personnels : Toujours bien portant.

Antécédents urinaires : Plusieurs blennorrhagies.

Il y a 5 ans, survint une rétention d'urine. On le sonda plusieurs fois.

Depuis la fréquence de la miction augmenta. La nuit il urinait trois fois. Depuis quatre ans le malade se sonde avec une sonde molle.

Au mois d'octobre 1894, il vint à la consultation ayant, depuis trois semaines, de grandes difficultés de la miction.

Le 19 octobre 1894, il eut une rétention complète. On le sonda et depuis il pisse par très petites quantités, très fréquemment.

Etat du malade à son entrée à l'hôpital.

La traversée du *canal* présente une série d'anneaux admettant une bougie n° 13.

La *vessie* est peu sensible et contient 300 grammes de résidu trouble.

Le *rein* paraît sain.

Les *vésicules* n'ont rien.

La *prostate* est très grosse et présente un noyau d'induration à droite.

Le 19 janvier. On le sonde deux fois par jour. Urines troubles.

Le 21 janvier le malade quitte le service.

OBSERVATION XXIV (Inédite).

Le nommé T..., âgé de 70 ans, cordonnier, entré le 9 mai 1895, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 2, dans le service de M. le professeur Guyon.

A toujours eu une excellente santé.

Jamais de syphilis.

Jamais de blennorrhagie.

Jusqu'à l'âge de 68 ans s'est bien porté. A partir de cette époque a éprouvé des envies fréquentes et irrésistibles d'uriner, surtout la nuit. Souvent n'émettait que peu d'urine. Jamais de jet interrompu. Pouvait marcher sans éprouver de douleur.

Rapidement, à cette fréquence des mictions a succédé l'impossibilité d'uriner.

En août 1893, le malade dut se faire sonder. Depuis a toujours continué à se sonder.

C'est à la suite d'un léger excès de boisson que le malade eut de la rétention et dut appeler un médecin qui le sonda.

Par moments, eut des urines très troubles. N'a jamais eu de poussées de fièvre.

De temps à autre, émet quelques gouttes de sang, au moment du retrait de la sonde.

Première hématurie, il y a deux ans, spontanée, initiale, avec petits caillots; elle dure 3 ou 4 jours.

Urethrorrhagies. Pas de sang à la fin.

Dernière hématurie, il y a cinq jours.

Examen. — Canal : Urèthre antérieur normal.

Deux grands ressauts dans la traversée prostatique.

Vessie : Rétention, résidu : 300 grammes. Pas de sang à la fin.

Prostate : Grosse, très irrégulière. A droite, noyau de la grosseur d'une noisette. Deux petits noyaux à gauche.

Le malade quitte le service le 27 mai.

OBSERVATION XXV (Inédite).

Le nommé R..., corroyeur, âgé de 72 ans, entre le 18 décembre 1893, à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 24, dans le service de M. le professeur Guyon, pour rétention d'urine intermittente.

Antécédents héréditaires : Ses parents sont morts âgés, quatre frères sont morts de maladies inconnues.

Antécédents personnels : A 17 ans, blennorrhagie avec et chancre.

A 42 ans, fièvre typhoïde.

La rétention qui détermine l'entrée du malade à l'hôpital date de trois mois. Il n'y a pas d'hématuries, mais cependant des dépôts rougeâtres semblables à des caillots dans les urines.

Depuis deux mois sont survenues des douleurs de chaque côté; elles sont variables d'intensité; la clavicule droite est également devenue douloureuse, paraît augmentée de volume, mais on ne peut trouver de ganglions tuméfiés dans son voisinage.

Examen : Urines claires.

Canal : Une sonde molle passe facilement.

Reins : Pas hypertrophiés, rien à noter.

Prostate : Grosse et dure, présente du côté droit une bosselure du volume d'une forte mandarine, et du côté gauche une traînée transversale.

Il y a *des ganglions inguinaux*.

Le 8 janvier, le malade va en convalescence.

OBSERVATION XXVI (Inédite).

Le nommé C..., cordonnier, âgé de 78 ans, entre le 6 novembre 1894, à Necker, salle Velpeau, n° 7, dans le service de M. le professeur Guyon.

Ce malade était déjà venu dans le service, il y a huit ans; il avait été pris de rétention d'urine et on avait fait une fausse route (en ville). Au bout de quatre mois il sortit.

Le malade continua à se sonder presque tous les jours, environ trois fois. La miction spontanée était possible.

Enfin, depuis six mois, la miction spontanée est impossible et le malade est obligé de se sonder trois ou quatre fois par jour.

Vendredi dernier, 3 novembre, il se fait saigner en se sondant.

Samedi dernier, 4 novembre, il va à l'hôpital Saint-Antoine où en tentant de le sonder on fait fausse route.

Il vient dans le service.

Examen : La *vessie* est distendue jusqu'à l'ombilic (violents besoins se renouvelant toutes les cinq minutes, mais n'aboutissant pas à la miction).

Canal libre, mais du sang, qui vient de la prostate, s'écoule le long de la sonde par le canal.

Toucher rectal : On sent une prostate énorme surtout à droite.

Urines : Contiennent beaucoup de sang.

Reins : Ne présentent rien.

Le 11 novembre, on enlève la sonde à demeure ; une sonde molle entre aisément, mais la traversée prostatique reste toujours longue.

On fait de nouveau le toucher et on constate que le lobe droit est toujours très volumineux, mais moins tendu ; on peut arriver à son extrémité postérieure.

Le malade quitte le service le 28 novembre 1894.

Il revient le 29 janvier 1895, parce que le cathétérisme est devenu difficile, les hématuries plus abondantes et plus persistantes. Chaque sondage retire des caillots de sang.

Examen fait le 31 janvier.

Canal libre, pas de sensibilité vésicale.

Prostate un peu longue à traverser.

Urines claires.

Epididymite double, mais beaucoup plus marquée à droite.

Toucher. On atteint la prostate à la distance d'une phalange. Le doigt peut la déborder ; elle est augmentée de volume, étalée, molle à gauche, consistante et saillante à droite. Se sent par le palper abdominal.

Reins : rien.

Pas de ganglions.

Traitement. Le malade se sonde lui-même. Lavage de la vessie chaque soir.

Il quitte le service le 23 février (25 jours de séjour la dernière fois, 22 jours la deuxième fois, et 4 mois la première fois).

OBSERVATION XXVII (inédite).

Le nommé H..., tailleur, âgé de 75 ans, entre le 18 août 1894 à l'hôpital Necker, salle Velpeau, n° 28, dans le service de M. le professeur Guyon.

Antécédents : Jamais de blennorrhagie. Attaques de rhumatisme articulaire.

Dans le courant des trois années qui viennent de s'écouler, le malade a eu trois rétentions d'urine survenues subitement et sans cause connue. Chacune d'elles a duré un jour environ. Chaque fois, on fit venir un médecin qui le sonda, et tout rentra dans l'ordre.

Cependant, sur le conseil de son médecin, le malade a continué à se sonder régulièrement depuis sa dernière rétention, à chaque fois qu'il éprouvait quelque gêne pour uriner.

Etat actuel.

Depuis un mois sont survenus des troubles digestifs et parfois des vomissements.

Les troubles de la miction se sont bien accentués. La fréquence est surtout grande la nuit ; parfois le malade pisse deux ou trois fois seulement, mais aussi jusqu'à une dizaine de fois. Les mictions sont douloureuses.

Les urines, claires, viennent avec beaucoup d'effort, et le jet est faible.

Tous ces troubles ont forcé le malade à se sonder régulièrement trois fois par jour.

Un de ces sondages détermina un écoulement de sang qui dura deux jours.

Examen.

Etat général : athéromateux.

Canal : libre

Urines : claires.

Vessie : Pas de contractilité vésicale. Résidu, 200 gr.

Traitement.

Lavages au nitrate d'argent.

Le malade quitte le service à peu près dans le même état.

OBSERVATION XXVIII

Tumeur maligne de la prostate chez l'enfant (1).

Enfant de 5 ans 1/2.

Rétention d'urine; cathétérismes répétés.

Selles douloureuses.

Le toucher fait constater l'existence d'une tumeur de la prostate et l'autopsie de l'enfant mort de pneumonie fit vérifier le diagnostic.

La tumeur prostatique, recouverte à la face vésicale d'excroissances papillaires, est un sarcome à petites cellules.

Il y avait hydronéphrose bilatérale.

---

(1) *Wind.* Thèse de Munich, 1888.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de la prostate est une affection beaucoup moins rare qu'on ne le croyait autrefois.

II. — Il est primitif dans l'immense majorité des cas. La propagation de néoplasies rectales à la glande voisine est rare. Plus rare encore est l'envahissement de la prostate par les tumeurs vésicales.

III. — L'influence de l'hérédité paraît nulle, de même que celle des irritations locales prolongées, telles que les blennorrhagies répétées.

IV. — Le cancer de la prostate s'observe surtout de 60 à 70 ans.

V. — Il est constitué dans la majorité des cas par du carcinome.

Le sarcome est exceptionnel et se rencontre avec une préférence marquée chez les individus jeunes.

VI. — D'après le mode d'évolution du néoplasme, on peut distinguer deux types :

1° Un type à extension rapide et étendue (carcinose prostato-pelvienne diffuse de M. le professeur Guyon) ;

2° Une forme bien plus rare que la précédente, dans laquelle les organes voisins sont longtemps respectés.

VII. — L'envahissement de la vessie est loin d'être fréquent. Il ne s'observe guère qu'une fois sur 5 approximativement.

VIII. — On rencontre assez souvent des métastases osseuses, néanmoins les noyaux secondaires sont encore plus fréquents dans les viscères et les parties molles en général.

IX. — Le cancer de la prostate débute ordinairement par des troubles fonctionnels portant sur l'appareil urinaire.

X. — L'hématurie est un symptôme relativement fréquent et qui peut aider à la précision du diagnostic quand celui-ci hésite entre une tumeur maligne et une hypertrophie simple de la glande.

XI. — Les troubles fonctionnels du côté du rectum ne sont pas du tout en rapport avec ceux de l'appareil urinaire, de sorte qu'on peut désigner deux formes cliniques bien différentes dans le cancer de la prostate : une forme vésicale et une forme rectale. Elles peuvent alterner ou se combiner chez le même malade.

XII. — Il y a souvent de grandes difficultés de cathétérisme chez les individus atteints de cancer de la prostate.

XIII. — Il n'y a rien de régulier dans l'ordre d'apparition des symptômes : chacun d'eux peut se rencontrer comme symptôme initial.

XIV. — Il est presque impossible de déterminer la durée de l'évolution du néoplasme. La durée apparente est de quelques mois à plusieurs années. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la marche est plus rapide chez les sujets jeunes.

XV. — Le malade succombe rarement à la cachexie cancéreuse. Il est presque toujours emporté par des complications locales.

XVI. — Le diagnostic est presque impossible au début. Les douleurs irradiées et les caractères particuliers des hématuries font songer au cancer de la prostate.

XVII. — En présence d'une tumeur nettement sentie par la palpation hypogastrique, le chirurgien peut affirmer qu'il y a un néoplasme péri-vésical. Les tumeurs vésicales ne sont pas accessibles par la palpation hypogastrique simple.

XVIII. — Le toucher combiné au palper hypogastrique permettra d'arriver à un diagnostic complet.

XIX. — On a tenté l'extirpation du néoplasme. Les résultats immédiats de l'opération ont été souvent-

désastreux ; dans le reste des cas la récidive est survenue très rapidement. Il existe cependant un cas de guérison maintenue deux ans. La diffusibilité du cancer de la prostate explique l'impuissance du traitement curatif. Le chirurgien arrive toujours trop tard.

XX. — Le traitement palliatif bien dirigé permet d'allonger et d'adoucir la vie des malades, en prévenant les complications toujours imminentes.

Vu : par le Président.
GUYON.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.